**Wywiad żywieniowo-zdrowotny i dzienniczek bieżącego notowania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta** |  |
| **Data wizyty** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Obecna masa ciała (kg)** |  |
| **Wzrost (cm)** |  |
| **W przypadku chęci redukcji masy ciała proszę o podanie masy ciała, do jakiej Pan/Pani dąży (kg)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel wizyty dietetycznej** |  |
| **Jakie zmiany chce Pan/Pani wprowadzić w swoim życiu?**  |  |
| **Co jest dla Pana/Pani główną motywacją do zmian?** |  |
| **Proszę o wypisanie stwierdzonych jednostek chorobowych** |   |
| **Rozkład dnia** | **Czynność** | **Godzina** |
| **Pora wstawania** |  |
| **Śniadanie** |  |
| **Drugie śniadanie** |  |
| **Obiad** |  |
| **Podwieczorek** |  |
| **Kolacja** |  |
| **Podjadanie (słodkie, słone?)** |  |
| **Pora chodzenia spać** |  |
| **Proszę o opisanie trybu pracy (siedzący, stojący, mieszany) oraz godziny pracy.** |  |
| **Czy pali Pan/Pani papierosy?****Jeśli tak ile papierosów wypala Pan/Pani dziennie?** |  |
| **Czy spożywa Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, jak często w skali miesiąca.** |  |
| **Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe? Jeśli tak, proszę o wypisanie nazwy wraz z dawką i porą dnia, w której lek jest przyjmowany.** |  |
| **Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy diety bądź preparaty mineralno-witaminowe? Jeśli tak, proszę o wypisanie nazwy wraz z dawką i porą dnia, w której suplement jest przyjmowany.** |  |
| **Czy ma Pan/ Pani stwierdzone alergie bądź nietolerancje pokarmowe?** |  |
| **Czy są produkty, po których spożyciu odczuwa Pan/Pani dyskomfort trawienny?****(Produkty źle tolerowane).** |  |
| **Czy ma Pan/pani stwierdzone problemy hormonalne (np. u kobiet nieregularne miesiączki).** |  |
| **Pytanie do Pań: Jak długo trwa Pani cykl miesięczny? Czy towarzyszy mu ból lub opuchnięcie przed miesiączką?** |  |
| **Czy przyjmował Pan/Pani antybiotykoterapię w ciągu ostatniego roku? Czy dodatkowo przyjmował Pan/Pani preparat osłonowy? Jeśli tak, proszę o informację jaki to był preparat oraz jak długo był on przyjmowany.**  |  |
| **Jak wygląda Pana/Pani codzienna aktywność fizyczna (rodzaj aktywności oraz jej częstotliwość)****Czy używa Pan/Pani aplikacji do liczenia ilości wykonywanych kroków w ciągu dnia? Jeśli tak ile kroków dziennie Pan/Pani wykonuje?** |  |
| **Jak często się Pan/ Pani wypróżnia? Jaka jest zazwyczaj konsystencja Pana/Pani stolca?** |  |
| **Czy pojawiają się u Pani/Pana gazy/wzdęcia/biegunki/bądź inne dolegliwości z przewodu pokarmowego? Czy jest Pan/Pani w stanie stwierdzić w jakich sytuacjach najczęściej pojawiają się powyższe dolegliwości?** |  |
| **Ile godzin dziennie Pan/Pani średnio śpi? Jaki jest to sen? („twardy”, wybudzanie, różnie?)** |   |
| **Czy w ciągu dnia często pojawia się u Pana/Pani senność bądź zmęczenie? Jeśli tak to w jakich sytuacjach.**  |   |
| **Czy budzi się Pan/Pani rano wypoczęty?** |  |
| **Czy często Pan/Pani choruje?****(infekcje, przeziębienia)****Jak w skali od 1 do 10 ocenia Pan/Pani swoją odporność.** |  |
| **Ile płynów dziennie Pan/ Pani wypija? Jakie są to płyny? (kawa, herbata, soki, napoje, napoje gazowane, woda?)** |  |
| **Czy w przeszłości stosował Pan/Pani dietę? Jeśli tak proszę o opisanie tego, co to była za dieta, jak dawno była ona stosowana, jaka była jej kaloryczność, główne zasady i osiągnięte efekty.** |  |
| **Czy na co dzień jest Pan/Pani narażony na stres? Jeśli tak, co jest jego głównym źródłem? Jak sobie Pan/ Pani z nim radzi na co dzień?** |  |
| **Jakiego rodzaju tłuszczu używa Pan/Pani do obróbki cieplnej potraw?** **(smażenie, pieczenie)****Czym smaruje Pan/Pani pieczywo?** |   |
| **Posiadany przez Pana/Panią sprzęt kuchenny:****(proszę podkreślić posiadany)** | Blender, mikser, patelnia grillowa, piekarnik, garnek do gotowania na parze, parowar, termomix, inne:…………………………………………………………….. |
| **W jakich sklepach najczęściej robi Pan/Pani zakupy?****(Lidl, Biedronka, Tesco itd.)****Proszę o wypisanie w kolumnie obok.** |  |
| **Czy posiada Pan/Pani** **(proszę podkreślić posiadany):** | Wagę kuchenną, wagę łazienkową, centymetr krawiecki |
| **Jaką długością jadłospisu jest Pan/Pani zainteresowany/a?****(Istnieje możliwość powtarzania rozpiski dowolną ilość razy, zaleca się jednak możliwie jak największe urozmaicenie jadłospisu oraz zmiany wynikające z sezonowości)** | 7 – dniowy14 – dniowy(Proszę o podkreślenie)  |
| **W przypadku jadłospisu 14-dniowego: czy część obiadów/kolacji ma być przygotowana w wersji na dwa dni?****tzn. w poniedziałek i wtorek ten sam obiad czy codziennie inna propozycja każdego posiłku?** | Czasem na dwa dni/ Codziennie coś innego(Proszę o podkreślenie) |
| **Jakie jednostki chorobowe zdarzają się w Pana/Pani najbliższej rodzinie?**(Proszę o podkreślenie) | Cukrzyca typu I, cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, zawał, udar, niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, autoimmunologiczne zapalenie tarczycy: Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, żylaki, refluks, choroby przewodu pokaromowego: zespół jelita drażliwego, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba wrzodowa żołądka, celiakia, nowotwór, miażdżyca, inne:……………………………………………………………. |
| **Proszę o wypisanie ulubionych potraw, bez których nie wyobraża sobie Pan/Pani codziennej diety.** |  |
| **Uwagi do dietetyka,****Np. w piątki nie jadam mięsa/ lub inne**  |  |
| **Co najczęściej jadasz na śniadanie? Wolisz śniadanie na słodko czy na wytrawnie?** |  |
| **Co najczęściej jadasz na kolację? Wolisz kolację na słodko czy na wytrawnie?** |  |

**Preferencje żywieniowe:**

Proszę o uwzględnienie takich grup produktów jak:

* Warzywa, owoce
* Kasze, makarony, ryże, ziemniaki, pieczywo, produkty zbożowe, strączki
* Mięso, ryby, owoce morza,
* Nabiał,
* Orzechy, migdały, ziarna, dodatki np. gorzka czekolada,
* Przyprawy i zioła

|  |  |
| --- | --- |
| **Lubię** | **Nie lubię** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Dzienniczek bieżącego notowania:**

**(ilość i godziny spożytych posiłków oraz wypitych napojów, uwzględniając dosładzanie oraz podjadanie)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pierwszy dzień** | **Drugi dzień** | **Dzień weekendowy** |
|  |  |  |